**別紙１**

**令和５年度 第１回 栄養担当職員研修会**

 **（令和５年10月10日(火)　開催）**

 **参 加 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| **(施設名)** |  |
| **(施設) 所在地** |  |
| **(施設) TEL** |  |
| **(施設) FAX** |  |
| **申込責任者** |  |

**令和5年10月10日 (火) 開催の栄養担当職員研修会に参加を希望します。**

**「別紙2」のアンケートにもお答えください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加者氏名** | **職　種** | **経験年数** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　※講師へのご質問がありましたらご記入ください。

**※　この「参加申込書」は、アンケートと一緒に、9月28日(木)までに、メールまたはＦＡＸにて**

**ご提出ください。（送付状は不要です。）**

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　事務局

 　　 　　　TEL 027-233-0350 FAX 027-233-0599

　　　 E-mail mitsugi@gunma-roken.jp

**別紙２**

※お手数をお掛けして申し訳ございませんが、アンケートへのご協力をお願いいたします。

**令和５年度 第１回 栄養担当職員研修会に係るアンケート**

|  |  |
| --- | --- |
| **施 設 名** |  |

**下記事項について、貴施設の現在の状況を教えてください。**

**(注) 括弧内に○印を付けてください。**

問１　　栄養ケアマネジメント強化加算を算定していますか。

　　　　　はい（　　）　　　いいえ（　　）

問２　　経口維持加算を算定していますか。

　はい（　　）　　　いいえ（　　）

問３　　栄養ケアマネジメントシステム（介護ソフト等）を導入していますか。

　はい（　　）　　　いいえ（　　）

導入している場合、**システム名を教えてください**。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問４　　LIFEを導入していますか。

　はい（　　）　　　いいえ（　　）

問５　　栄養ケアマネジメントはシステムで管理していますか、手作業で管理していますか。

システム（　　）　　　手作業（　　）

問６　　厨房業務は直営ですか、委託ですか。

直営（　　）　　　委託（　　）

問７　　管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士の**配置人数を教えてください**。

　　　　　・管理栄養士（　　　）人

　　　　　・言語聴覚士（　　　）人

　　　　　・歯科衛生士（　　　）人

※アンケートは以上です。ご協力くださいまして誠にありがとうございました。

**※　この「アンケート」は、参加申込書と一緒に、9月28日(木)までに、メールまたはＦＡＸにて**

**ご提出ください。（送付状は不要です。）**

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　事務局

 　　 　　　TEL 027-233-0350 FAX 027-233-0599

　　　E-mail mitsugi@gunma-roken.jp